

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- | | |
|--|---|
| ☐ Penyakit Motor Neuron/ <i>Motor Neuron Disease</i> | ☐ Poliomyelitis |
| ☐ Penyakit Alzheimer/ <i>Alzheimer's Disease</i> | ☐ Kelumpuhan/ <i>Paralysis</i> |
| ☐ Penyakit Parkinson/ <i>Parkinson's Disease</i>
<i>Neuropathy</i> | ☐ Neuropati Perifer Berat/ <i>Perifer</i> |
| ☐ Penyakit Multiple Sclerosis/ <i>Multiple Sclerosis</i> | ☐ Distropi Muskular/ <i>Muscular Dystrophy</i> |

Nama Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient's Name/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

A. INFORMASI UMUM/GENERAL INFORMATION

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

2. Mohon cantumkan Diagnosanya?
Please give us your detailed Diagnosa?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan?
When the illness disease has been Diagnosa?

4. Apakah gejala/keluhannya?
What were the patient's chief symptoms/complaints?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan?
Since when the chief symptoms/complaints?

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination performed.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan? Mohon jelaskan juga tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/Pengobatan/Saran <i>Type of medicationsuggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
Is current condition caused by congenital factors? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan) sebelumnya Peserta (Yang Diasuransikan) menjadi pasien Anda.
Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.
-
12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attach all of test results have been done.

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.
Please explain in detail the basis of enforced the diagnosis of this disease.
-
2. Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Peserta Yang Diasuransikan.
Please describe the extent of the neurological deficits as well as the intellectual disorder of the patient.

Tanggal <i>Date</i>	Tingkat Defisit Neurologis dan atau Gangguan Intelektual <i>Neurological deficit and or intellectual disorder</i>

3. Mohon jelaskan lokasi dan manifestasi lesi dari sistem syaraf sensorik/motorik/daerah lain di otak/batang otak.
Please describe the location and manifestation of the lesion in the sensoric nerve system/motoric/or other areas in the brain/brain stem.

Lokasi Lesi <i>Location of lesion</i>	Manifestasi Lesi <i>Manifestation of lesion</i>

4. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) membutuhkan pengawasan/bantuan yang permanen dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari?

Does the patient need any permanent assistance in his/her daily activities?

☐ Ya/Yes, mohon jelaskan jenis aktivitas yang dimaksud.
please explains type of activit.

☐ Tidak/No.

5. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) setidaknya selama 6 (enam) bulan terus menerus.
Please tick in the boxes if there are patient's inability to perform (whether aided or unaided) for a continuous period of 6 (six) months.

☐ Mandi/*Bathing*

☐ Berpindah/*Mobility*

☐ Berpakaian/*Dressing*

☐ Buang air/*Toileting*

☐ Beralih tempat/*Transferring*

☐ Menyuarap/*Feeding*

6. Untuk Klaim Penyakit ***MOTOR NEURON***/for ***MOTOR NEURON DISEASE***

- a. Apakah ada kemunduran yang progresif pada :

Were there any progressive deficits on :

☐ Traktus kortikospinalis

☐ anterior horn cells or bulbar efferent neuron

- b. Kondisi yang dialami pasien termasuk pada

The condition on patient including on :

☐ Atropi otot spinal/*Spinal muscle atrophy*

☐ Amyotrophic Lateral Sclerosis

☐ Progressive Bulbar Palsy

☐ Primary Lateral Sclerosis

7. Untuk Klaim Penyakit **ALZHEIMER**/for **ALZHEIMER**

- a. Berapakah hasil pemeriksaan uji mental?
Please state the results of mental test?
- b. Apakah ada kelainan yang menetap dari
Is there any persisting signs of involvement of?
- ☐ mengingat/ *remember* ☐ bernalar / *reasoned* ☐ memahami / *respond*
- c. Apakah telah terjadi deteriosasi atau kehilangan kapasitas intelektual?
Is there has been deteriosasi or loss of intellectual capacity? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*
- d. Apakah terjadi kemunduran pada fungsi mental dan sosial?
Is there has been decreasing in mental function and social? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*
- e. Apakah diperlukan pengawasan terus menerus untuk pasien?
Is monitoring is needed to patient continuously? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*
- f. Apakah penyakit Alzheimer termasuk :
Is the Alzheimer including of :
- ☐ Penyakit non-organic/ *Non-organic disease*
- ☐ Neurosis
- ☐ Kelainan Psikiatrik/ *Psychiatric disorder*

8. Untuk Klaim Penyakit **PARKINSON**/for **PARKINSON'S DISEASE**

- a. Apakah termasuk Parkinson jenis idiopatik?
Is this an idiopathic Parkinson? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*
- b. Apakah kondisi tersebut tidak dapat dikendalikan dengan obat-obatan?
Is this condition cannot be controlled with medications? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*
- c. Apakah terdapat tanda-tanda penyakit yang progresif?
Are there signs of progressive disease? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak / *No*

9. Untuk Klaim Penyakit **MULTIPLE SCLEROSIS**/for **Multiple Sclerosis**

- a. Apakah Penyebab kondisi pasien saat ini ? *What is the caused for current patient's condition?*
- ☐ Penyakit tulang belakang/ *Spinal cord disease*
- ☐ Cedera pada Chorda Equine/ *Injury on Chorda Equine*
- ☐ Lainnya/ *Others,*
mohon jelaskan/ *please explain:*

b. Apakah ada kelainan yang menetap dari :
is there any persisting signs of involvement of :

- Saraf Optik ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Optic nerves
- Batang Otak ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Brain stem
- Tulang belakang ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Spinal cord

c. Apakah kondisi tersebut menyebabkan disfungsi usus permanent?
Does this condition cause permanent bowel dysfunction?

☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

d. Apakah kondisi tersebut menyebabkan disfungsi kandung kemih?
Does this condition cause permanent bladder dysfunction?

☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

1) Apakah perlu kateterisasi secara berkala?
Is catheterization on bowel needed regularly?

☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

2) Apakah perlu pengalihan kandung kemih secara permanen?
Is the bladder transfer needed permanently?

☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

10. Untuk Klaim Penyakit **POLIOMYELITIS DAN NEUROPATI PERIFER** /
for POLIOMYELITIS AND PERIFER NEUROPATHY

a. Apakah telah terjadi hal-hal berikut ? *Did these matters happen?*

- ☐ Kelemahan motorik secara signifikan/*Motoric weakness significantly*
- ☐ Fasikulasi/*Fasciculation*
- ☐ Pelemasan otot/*Muscle relaxation*

b. Apakah neuropati perifer berat tersebut disebabkan oleh salah satu berikut :
Is perifer neuropathy caused by :

- ☐ Diabetes Mellitus ☐ Lainnya/*Others*
- ☐ Riwayat Alkohol/*Alcohol History*

- c. Apakah penderita memerlukan alat bantu jalan atau kursi roda?
Does the patient requires a walker or a wheelchair? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
- d. Apakah pasien mengalami kelumpuhan akibat infeksi virus polio?
Did the patient suffer paralysis of virus infection of polio? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
- e. Apakah ada kelainan yang menetap dari :
Are there any persisting signs of involvement of :
- Gangguan fungsi motorik.
Function trouble of motorik. ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
 - Perburukan fungsi pernapasan.
Deterioration of respiration function ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

11. Untuk Klaim Penyakit **KELUMPUHAN**/for **PARALYSIS**

- a. Apakah terdapat kehilangan fungsi dan kelumpuhan secara total dan menetap?
Are there any evident of permanent neurologic?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak/No

Jika Ya, sebutkan anggota tubuh yang mengalami kehilangan fungsi secara total dan tetap :
If Yes, please state the part of body occured total function diasbility :

☐ Tungkai kanan/*Right Leg*

☐ Tungkai kiri/*Left Leg*

☐ Lengan kanan/*Right arm*

☐ Lengan kiri/*Left arm*

☐ Mata/*Eyes*

☐ Lainnya, mohon sebutkan
Others, please explain :

Jika Tidak, pasien dapat kembali melakukan semua aktivitas sehari-hari secara normal sejak :
If No, the patient was able to perform normal daily activities since :

- b. Mohon jelaskan kelainan yang pada mata pasien.
Please state eye disorder occured to the patient.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan <i>Examination</i>	
	OD	OS
	Visus <i>Visual</i>	

- c. Bagaimana jenis kebutaan pada mata yang diderita oleh pasien?

What kind of blindness in the eye suffered by patient?

☐ Menetap/*Irreversible*

☐ Tidak menetap/*reversible*

12. Untuk Penyakit **DISTROPI MUSKULAR** /for **MUSCULAR DYSTROPHY**:

- a. Apakah kondisi yang diderita termasuk kelainan otot yang mengakibatkan kemunduran fungsi otot?

Are there any myopathy degenerative?

☐ Ya/*Yes*

☐ Tidak/*No*

- b. Mohon beri tanda pada kelainan yang terjadi/*Please indicate type of defect*

☐ Kelemahan/*Weakness*

☐ Penciutan otot/*Muscle Atrophy*

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature